

**CONDICIONES DEL SERVICIO**

El presente servicio es opcional a su servicio de salud y su cobertura tendrá vigencia a los tres meses de adhesión. El tiempo de permanencia será de por vida, debiendo suscribirse todo el grupo familiar. Se reconocerá con autorización previa de la ficha odontológica perfectamente confeccionada en cuanto a marcación en odontograma y codificación de práctica a realizar. El no poseer la autorización inhabilita cualquier reclamo.

| CÓDIGO   | DESCRIPCIÓN  |
|----------|--|
| 04.01.02 | Incrustación compuesta o complejas                       |
| 04.01.04 | Corona Colada  |
| 04.01.05 | Corona Colada con frente estético                        |
| 04.01.08 | Perno muñón  |
| 04.01.10 | Puente con frente estético                               |
| 04.01.11 | Corona de Acrílico                                       |
| 04.01.12 | Elementos provisorios                                    |
| 04.01.13 | Corona metal Porcelana                                   |
| 04.01.14 | Puente de porcelana                                      |
| 04.02.02 | Parcial acrílico hasta 8 dientes                         |
| 04.02.03 | Parcial acrílico más de 8 dientes                        |
| 04.02.05 | Parcial cromo hasta 8 dientes                            |
| 04.02.06 | Parcial cromo más de 8 dientes                           |
| 04.03.01 | Prótesis completa superior                               |
| 04.03.02 | Prótesis completa inferior                               |
| 04.04.01 | Compostura simple  |
| 04.04.02 | Compostura simple con agregado de 1 diente               |
| 04.04.03 | Compostura simple con agregado de 1 retenedor            |
| 04.04.04 | Compostura Simple con agregado de 1 diente y 1 retenedor |
| 04.04.05 | Dientes subsiguientes                                    |
| 04.04.06 | Retenedor subsiguiente                                   |
| 04.04.10 | Rebasado prótesis parcial                                |
| 04.04.11 | Rebasado prótesis completa                               |
| 04.04.12 | Placa de relajación                                      |

**COBERTURA ACORDE AL SERVICIO DE SALUD**

| SERVICIO DE SALUD | SIN SERV. DE PRÓTESIS ODONTOLÓGICAS | CON SERV. DE PRÓTESIS ODONTOLÓGICAS |
|-------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| PMI               | Sin cobertura                       | 50%                                 |
| PMI 2000          | 50%                                 | 100%                                |
| PMI 3000          | 50%                                 | 100%                                |

**COBERTURA**

4 códigos de prótesis por Socio por mes.  
Con Rx Pre y Post como requisito excluyente para su facturación.  
Una vez cada 5 años a partir de la fecha de colocación de la prótesis.

Deberán incluir las piezas que se reemplaza en odontograma de ficha.  
Diagrama del aparato protésico.  
Una vez cada 3 años a partir de la fecha de instalación de la prótesis.

Una vez cada 3 años a partir de la fecha de colocación de la prótesis.

Una vez cada 18 meses a partir de la fecha de colocación de la prótesis.

Una vez cada 12 meses a partir de la fecha de colocación de la prótesis.

**NOTAS:** En el código de compostura se debe aclarar el tipo y sector de la reparación, de lo contrario se debitará la práctica. En todos los casos se reconocerán en piezas permanentes y fuera del período de garantía del otro capítulo. La Mutual Jerárquicos puede modificar los costos previa notificación al Socio.

**COMPLETAR, FIRMAR Y ENVIAR A LA ADMINISTRACIÓN POR CORREO POSTAL, FAX O CORREO ELECTRÓNICO**

....., ..... de ..... de 20 .....  
LUGAR Y FECHA

Quien suscribe ....., Socio N° .....  
se notifica y da su conformidad al "Servicio de Prótesis Odontológica" que está especificado en el presente documento.

FIRMA \_\_\_\_\_ ACLARACIÓN \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Tel. de contacto: ..... E-mail: .....

ASESOR COMERCIAL / DELEGADO

LOCALIDAD